

**Paweł Mońka**

Oddział Onkologiczny, Zespół nr 1 Szpitala im. St. Leszczyńskiego w Katowicach

## Przykład 9-miesięcznej terapii ewerolimusem pacjenta z jasnokomórkowym rakiem nerki

Onkol. Prak. Klin. 2011; 7, supl. C: C30–C31

Chorego w wieku 68 lat, z zawodu rolnika, dotychczas leczono z powodu choroby niedokrwiennej serca, nadkomorowych zaburzeń rytmu i napadowego migtowania przedsionków.

W maju 2005 r. pacjent zgłosił się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej z powodu utraty masy ciała (3 kg/3 miesiące) oraz pobolewania śródbrzusza.

W przeprowadzonym w maju 2005 r. badaniu USG jamy brzusznej wykazano guz prawej nerki o średnicy około 7 cm. W badaniu tomografii komputerowej (CT, *computed tomography*) jamy brzusznej potwierdzono obecność guza nerki, węzły chłonne nie były powiększone. W badaniu CT klatki piersiowej nie wykazano zmian patologicznych.

W lipcu 2005 r. przeprowadzono zabieg operacyjny — prawostronną nefrektomię.

W badaniu histopatologicznym stwierdzono: „Rak jasnokomórkowy, Fuhrmann II. Średnica 80 mm. Naciek nowotworowy torebki nerki, bez jej przekraczania. Węzły chłonne 0/3. pT2N0M0”.

Pacjenta objęto obserwacją ambulatoryjną w Poradni Onkologicznej — w regularnie wykonywanych badaniach obrazowych nie stwierdzano nawrotu nowotworu.

Od czerwca 2008 r. u chorego występowały stany podgorączkowe, osłabienie; utrata masy ciała (4 kg/2 miesiące).

W badaniu CT przeprowadzonym w sierpniu 2008 r. wykazano liczne zmiany przerzutowe w płucach; w wątrobie stwierdzono pojedynczy przerzut naciekający torebkę i segment VI wątroby oraz otrzewną.

W badaniach laboratoryjnych stężenie wapnia wynosiło 2,4 mmol/l, dehydrogenazy mleczanowej (LDH, *lactate dehydrogenase*) — 299 U/l, a hemoglobiny (Hgb) — 16 g%.

Stan sprawności chorego oceniono na 90 w skali Karnofsky'ego. Czas od rozpoznania do włączenia leczenia

wynosił > 12 miesięcy. Kategoria rokownicza według skali *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* (MSKCC) była korzystna.

W październiku 2008 r. ze względu na przeciwwskazania kardiologiczne chorego nie zakwalifikowano do terapii interferonem oraz sunitynibem. Zgodnie z zapisem rejestracyjnym (w leczeniu rozsianego raka nerki w I linii leczenia przy przeciwwskazaniach do zastosowania interferonu — na podstawie badania TARGETs) rozpoczęto terapię sorafenibem w dawce 800 mg/d.

W kontrolnych badaniach CT wykonywanych regularnie w odstępach 3-miesięcznych stwierdzano stabilizację procesu nowotworowego.

Tolerancja leczenia była dobra. Odnotowano odczyn skórny dłoni i stóp 1. stopnia według *Common Toxicity Criteria and Adverse Events* (CTCAE v. 3.0).

W kontrolnym badaniu CT przeprowadzonym w marcu 2010 r. wykazano progresję zmiany przerzutowej w wątrobie (wzrost wymiaru o ok. 30%) i pojawienie się nowych zmian przerzutowych usytuowanych międzypętlowo powyżej poprzecznicy oraz w ścianie jamy brzusznej.

Terapię sorafenibem zakończono w marcu 2010 r. po 16 miesiącach leczenia.

W maju 2010 r. włączono leczenie II rzutu ewerolimusem.

Tolerancja leczenia była dobra, pacjent zgłaszał jedynie zaburzenia smaku i zapalenie błon śluzowych jamy ustnej ustępujące po leczeniu objawowym.

W kontrolnym badaniu CT przeprowadzonym w lipcu 2010 r. obraz zmian przerzutowych płuc i wątroby był stabilny. Podobny wynik uzyskano w badaniu CT przeprowadzonym w październiku 2010 r. Liczba i wymiary zmian przerzutowych były stabilne. Odnotowano

zmniejszenie gęstości zmian przerzutowych średnio z 25 j.H do 13 j.H.

W kontrolnym badaniu CT ze stycznia 2011 r. obraz zmian przerzutowych płuc i wątroby ponownie był stabilny.

W marcu 2011 r. pacjent zgłosił się w trybie pilnym z powodu nasilonych, rozlanych dolegliwości bólowych jamy brzusznej, wymiotów po każdym posiłku, zatrzymania stolca. W badaniu fizykalnym stwierdzono tkliwość jamy brzusznej, perystaltyka była leniwa, nie występowały objawy otrzewnowe.

W przeglądowym badaniu RTG jamy brzusznej stwierdzono liczne poziomy płynów w pętlach jelito-

wych odpowiadające obrazowi niedrożności przewodu pokarmowego.

Pacjenta zakwalifikowano do leczenia operacyjnego.

W dniu 2 marca 2011 r. wykonano laparotomię i ileostomię. Stwierdzono rozdęcie pętli jelitowych, międzypętlowe zmiany guzowate o wymiarach do 7 cm powodujące ucisk jelit.

W badaniach histopatologicznych zmian guzowatych międzypętlowych stwierdzono raka jasnokomórkowego.

W marcu 2011 r. zakończono terapię ewerolimusem z powodu progresji po 9 miesiącach leczenia.

<b>Data rozpoznania raka nerki (mm/rrrr)</b>	05.2005
<b>Stopień zaawansowania (TNM)</b>	pT2N0M0
<b>Typ histologiczny (np. jasnokomórkowy)</b>	Jasnokomórkowy
<b>Stopień złośliwości (G)</b>	G2
<b>Data rozpoznania choroby przerzutowej</b>	08.2008
<b>Lokalizacja przerzutów</b>	Płuca, wątroba
<b>Kategoria rokownicza wg MSKCC w momencie kwalifikacji do leczenia systemowego</b>	Korzystna
<b>Pierwsza linia leczenia</b>	
Lek	Sorafenib
Dawkowanie leku	800 mg/d.
Stan sprawności w chwili kwalifikacji do leczenia (Karnofski)	90
Lokalizacja przerzutów	Płuca, wątroba
Data „start” (mm/rrrr) – „stop” (mm/rrrr)	10.2008–3.2010
Najlepsza odpowiedź CR/PR/SD/PD	SD
Czas trwania odpowiedzi	16 miesięcy
Przyczyna zakończenia leczenia	PD
<b>Druga linia leczenia</b>	
Lek	Ewerolimus
Dawkowanie leku	10 mg/d.
Stan sprawności w chwili kwalifikacji do leczenia (Karnofski)	80
Lokalizacja przerzutów	Płuca wątroba, międzypętlowo powyżej poprzecznicy oraz w ścianie jamy brzusznej
Data „start” (mm/rrrr) – „stop” (mm/rrrr)	05.2010–03.2011
Najlepsza odpowiedź CR/PR/SD/PD	SD
Czas trwania odpowiedzi	9 miesięcy
Przyczyna zakończenia leczenia	PD